

—国民健康保険の届出に必要ですから、下記の内容について証明をお願いいたします。—

住 所

氏 名

印

TEL

記

資格（取得・喪失）証明書

健康保険証 記号番号	記号	番号	保険者 番 号	
	氏 名	被保険者又は 組合員との続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日
本 人		本 人	昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
被扶養者			昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
被扶養者			昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
被扶養者			昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
被扶養者			昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
被扶養者			昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
被扶養者			昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日

（注意）資格喪失日は、退職日の翌日です。

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

（事業所又は保険者） 名 称

所在地

代表者の氏名

印

TEL